第２回全日本ID（知的障がい者）柔道大会

メディカルチェックシート

この書類は、派遣選手の保護者あるいは、コーチの方がご記入下さい。尚、本書類に書かれた情報は、本大会以外には、使用致しません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 選手名（ふりがな） |  | | 性別 | | 男・女 |
| 住所 |  | | 携帯番号 | |  |
| 生年月日（西暦） |  | | | | |
| 身長 | ｃｍ | 体重 | | ｋｇ | |
| 【既往歴】  これまでにかかったことのある大きな病気やケガ | |  | | | |
| 【現在治療中の病気】  ＊但し、一時的なもの（風邪等）を除く | |  | | | |
| 【現在服用中の薬】   * 定期的に服用しているものに限り、①薬品名②用量   ③投与方法を記入してください。また吸入薬等の外用薬も含みます | |  | | | |
| 【現在の健康状態で心配な事】  ＊特になければ「なし」と記入して下さい | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者の氏名及び連絡先（携帯番号） | （氏名）  （住所）  （携帯番号） |
| 帯同コーチの氏名及び連絡先（携帯番号） | （氏名）  （住所）  （携帯番号） |
| 同書類に記入した方の氏名及び選手との関係 | （氏名）  （関係） |